

**Higienização das mãos:
Monitoração da adesão dos profissionais de saúde numa instituição pública
da rede estadual do Rio de Janeiro: um desafio à administração do serviço
de controle de infecção hospitalar**

**Hand hygiene:
Monitoring the adherence of health professionals in a public institution of
the state network of Rio de Janeiro: a challenge to the administration of the
hospital infection control service**

Recebimento dos originais: 20/01/2019

Aceitação para publicação: 22/02/2019

Fabio Santos Barbosa

MBA – Gestão em Saúde e Administração Hospitalar

Instituição: Universidade Estácio de Sá

Endereço: Travessa Deoclécio Damasceno de Freitas 66 – Alto da Serra, Petrópolis – RJ,
Brasil

E-mail: fabiosan.jor@gmail.com

RESUMO

Um dos principais desafios enfrentado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar se refere à monitoração dos Profissionais de Saúde quanto à Adesão à Higienização das Mãos. Este estudo busca conhecer e levantar dados sobre a temática que envolve a equipe multidisciplinar de saúde no que diz respeito a prevenção de infecções hospitalares numa unidade hospitalar, tendo como base estudos que nos mostram que muitas das infecções são evitáveis com o simples ato de lavar as mãos. Esse trabalho tem como proposta inicial a realização de uma revisão de literatura, complementada por uma pesquisa de campo. Trata-se de um estudo de caso, descritivo, de caráter quantitativo, que foi realizado no centro de tratamento intensivo adulto, pelo período de cinco semanas, onde foram observados noventa profissionais de saúde do CTI, por um período de cinco semanas por 1h30 cada seção em diversos plantões – sempre diurnos no início de cada turno de trabalho / plantão - em dois momentos: Antes e após contato com o paciente. Estes dados serão tabulados e após análise destes, utilizando-se folhas de verificação e questionários validados pela OMS OPAS.

Palavras-chave: Administração, higienização, infecção hospitalar, profissionais de saúde.

ABSTRACT

One of the main challenges faced by the Hospital Infection Control Service refers to the monitoring of health professionals on the Accession to the Hand Hygiene. This study seeks to know and to assess the issue that involves multidisciplinary health team regarding the prevention of nosocomial infections in hospitals, based on studies that show us that many of the infections are preventable with the simple act of washing hands. This work is original proposal conducting a literature review, complemented by field research. This is a case study, descriptive and quantitative character, which was carried out at the adult intensive care, the five-week period, which were observed ninety ICU health professionals, for a period of five weeks each by 1:30 a.m. section in several shifts - day always at the beginning of each shift /

duty - in two stages: before and after patient contact. These data are tabulated and further analysis of these, using check sheets and validated questionnaires by WHO OPA.

Keywords: Administration, hygiene, hospital infection, health professionals.

1 INTRODUÇÃO

Em pleno século XXI mesmo com o surgimento de novas tecnologias e aumento do conhecimento clínico, vivencia-se aumento acelerado e desenfreado de bactérias altamente resistentes e que provocam infecções capazes de levar o indivíduo a óbito.

Este estudo busca conhecer e levantar dados sobre a temática que envolve a equipe multidisciplinar de saúde no que diz respeito a prevenção de infecções hospitalares numa unidade hospitalar, tendo como base estudos que nos mostram que muitas das infecções são preveníveis com o simples ato de lavar as mãos.

As infecções são hoje um problema que abrange a maioria ou todas as instituições de saúde, as quais buscam medidas capazes de prevenir ou amenizar o número de pacientes acometidos por este mal. A assistência não deve estar baseada somente em rotinas, é necessário investir em material humano qualificado, treinamento de equipe multidisciplinar, orientação para pacientes.

Além dos aspectos mencionados a nossa visão vai ser voltada principalmente ao enfermeiro, que é o grande educador da coletividade, complementando o processo de formação, e treinamento de pessoal.

O Desafio enfrentado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar com relação a monitoração dos Profissionais de Saúde quanto à Adesão à Higienização das Mãos. Os profissionais de saúde realizam os procedimentos de higienização das mãos com frequência? A higienização das mãos é a medida mais básica e eficaz na prevenção e redução das infecções hospitalares. Como as práticas gerenciais e de administração podem direcionar os profissionais de saúde às boas práticas assistenciais? Embora não haja dúvidas da eficácia da higienização das mãos, estudos reportam em todo o mundo uma baixa adesão dos profissionais de saúde a esta prática. A monitoração dos profissionais de saúde quanto à adesão à higienização das mãos é uma medida adotada para identificar as principais dificuldades encontradas e propor mudanças para a conscientização dos profissionais de saúde.

Esse trabalho tem como proposta inicial a realização de uma revisão de literatura, complementada por uma pesquisa de campo. Trata-se de um estudo de caso, descritivo, de caráter quantitativo, que foi realizado no centro de tratamento intensivo adulto, pelo período

de cinco semanas, onde foram observados noventa profissionais de saúde do CTI, por um período de cinco semanas por 1h30 cada seção em diversos plantões – sempre diurnos no início de cada turno de trabalho / plantão - em dois momentos: Antes e após contato com o paciente. Estes dados serão tabulados e após análise destes, utilizando-se folhas de verificação e questionários validados pela OMS OPAS (OPAS ANVISA 2008) serão traçadas as propostas visando a conscientização dos profissionais de saúde à prática da higienização das mãos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A Gestão de uma unidade de saúde é complexa, de um grande hospital público de emergência com centro de tratamento intensivo, com maternidade e unidade de tratamento intensivo – neo natal, mais complexa ainda. São diversos serviços correlacionados e que precisam atuar em sintonia para que todo o sistema hospitalar tenha resultado satisfatório, ou seja, devolver aos pacientes sua condição de saúde quetinha antes da internação.

2.1 TEORIAS DA ADMINISTRAÇÃO

As transformações apontam para um redirecionamento dos objetivos da organização, antes voltados para o controle da produção, (...) para outra baseada na informação e na tecnologia e os hospitais e demais serviços de saúde não fugiram em adotar igualmente esta tendência, valorizando ainda a descentralização administrativa a comunicação informal e a flexibilidade nos processos assim como o estímulo à criatividade. GUIMARÃES (2004)

Desde o início do século, as empresas foram organizadas a partir dos princípios da Teoria Científica, cujo precursor, Frederick Taylor, preconizava a divisão do trabalho, a disciplina, a racionalização dos métodos e sistemas de trabalho e a padronização da produção. Para garantir que os padrões de produção de produtos fossem atingidos, sugeriu a seleção, treinamento e o controle dos trabalhadores, incluindo o pagamento pela produção gerada em cada um deles. GUIMARÃES (2004)

Henry Fayol, buscando a racionalização da estrutura administrativa, propõe a adoção de uma estrutura adequada e de um funcionamento compatível com essa estrutura. Fayol salienta o princípio da unidade de comando, da divisão do trabalho, da especialização e da amplitude de controle. CHIAVENATO (2011)

Na década de 30, a administração passou a valorizar o recurso humano, correspondendo a um deslocamento da ênfase na organização formal para a informal,

entendida como o conjunto das relações sociais não previstas em regulamentos e organogramas e nas relações de trabalho, caracterizada pela espontaneidade e pela falta de objetivo comum.

Na década de 60, a Teoria de Sistemas, conforme por Kurgant apud Chiavenato (2011), foi introduzida na análise organizacional, fundamentando-se na premissa de que os sistemas existem dentro de sistemas, são abertos e suas funções dependem de sua estrutura. Nesse contexto, sistema é entendido como um conjunto de partes que se relacionam, cujos objetivos fazem com que o arranjo das partes não ocorra ao acaso.

Os modelos contemporâneos de administração, conduzidos por estratégias que permitem a flexibilização nos processos de produção, propiciam uma análise e um diagnóstico do ambiente, dando aos gerentes condições para antecipar o futuro e reduzir riscos e incertezas na tomada de decisão. As empresas deverão ser capazes de atender às demandas do mercado em tempo hábil, respondendo à clientela e ao avanço tecnológico, tornando suas empresas cada vez mais competitivas e garantindo, desta forma, o desenvolvimento institucional.

2.2 MODELOS DE GERÊNCIA EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Na área de saúde, algumas tentativas tem sido implementadas no sentido de buscar modelos de gerência alternativos aos modelos tradicionais de administração, em que a qualidade dos serviços prestados, a manutenção da organização e a satisfação dos trabalhadores devem ser garantidas.

As instituições prestadoras de serviços de saúde, em especial os hospitais, foram tradicionalmente organizadas à luz das teorias administrativas clássicas, o que pode ser constatado nas estruturas extremamente rígidas, com vários níveis hierárquicos, centralização do poder e limitada autonomia e responsabilidade dos níveis intermediários/ gerenciais e operacionais, além da acentuada valorização da função controle, enquanto “fiscalização da produção”.

A exemplo desta situação, citamos a lógica do desenho organizacional que mantém a dicotomia entre os diversos segmentos profissionais envolvidos com a atenção de saúde, com a criação de diretorias, departamentos, divisões, seções, setores, e que é reproduzida no interior de cada um destes níveis. Esta lógica privilegia o trabalho mecanizado, repetitivo, e cerceia a iniciativa e criatividade dos profissionais. A rigidez das normas e padrões define o que e como fazer o trabalho.

O sistema de saúde atual está fragmentado no sentido da complementaridade da atenção à saúde, é caracterizado pelo alto consumo de recursos e baixa produtividade e não consegue responder às expectativas da população e dos profissionais envolvidos.

A atual proposição política para a área de saúde – Sistema Único de Saúde (SUS) – vislumbra uma reorganização técnica e gerencial dos serviços, por meio da adoção de modelos gerenciais flexíveis e a garantia da participação popular como estratégia de ação. No entanto, para que ocorram mudanças no sistema de saúde é necessário haver uma transformação na prática das ações de saúde, por meio do envolvimento dos profissionais com o serviço e com o paciente, proporcionando maior resolutividade. Em consequência, espera-se uma transformação na forma de organização da instituição, para responder às necessidades do novo modelo gerencial.

Os novos modelos de gerência, de acordo com Campos apud CHIAVENATO (2011), sugerem “modificações na estrutura da organização, extinguindo a departamentalização e criando unidades de produção conforme a lógica de cada processo de trabalho. Desta forma, todos os profissionais envolvidos com um determinado produto constituirão uma unidade de produção, ou seja, as equipes serão multiprofissionais”. No nosso entender, esta nova lógica de organização rompe com a dicotomia estabelecida na atenção ao paciente, em que “cada profissional faz a sua parte”, possibilitando uma visão integral da assistência e a de todos os profissionais no novo desenho organizacional. Neste novo desenho organizacional, a comunicação exerce papel fundamental para a articulação entre as unidades de produção, sendo o fluxo de comunicação lateral privilegiado em relação aos demais sentidos, uma vez que possibilita maior aproximação e articulação entre os serviços.

Diante destas transformações, é necessário que aconteçam também mudanças na forma de atuação dos gerentes, entendidos aqui como aqueles que respondem pela consecução dos objetivos da organização. Portanto, o gerente deve estar consciente da necessidade de redefinição do seu papel na organização.

2.3 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA APOIO À DECISÃO

No processo de trabalho, a tomada de decisão é considerada a função que caracteriza o desempenho da gerência. Independentemente do aspecto da decisão, esta atitude deve ser fruto de um processo sistemático, que envolve o estudo do problema a partir de um

levantamento de dados, produção de informação, estabelecimento de propostas de soluções, escolha da decisão, viabilização e implementação da decisão e análise dos resultados obtidos.

Nos vários modelos de decisão estudados, é possível reconhecer que a decisão nem sempre é resultado de um processo sequencial, estruturado e dirigido para uma única solução. Mas é possível afirmar que a informação é um recurso primordial para a tomada de decisão e que, quanto mais estruturado for este processo, como no caso dos modelos racional e de processo, mais indicado se faz o uso de sistemas de informação que possam responder às demandas e necessidades informacionais do decisor. Da mesma forma, as informações requeridas para este tipo de decisão são mais objetivas e quantificáveis, tornando mais indicada a utilização de recursos informacionais que possam organizar, recuperar e disponibilizar as informações coletadas durante o processo de trabalho.

Os sistemas de informação podem contribuir com dados que serão analisados e modificados para utilização na tomada de decisão.

O estudo da estrutura da organização permite conhecer o processo de comunicação formal e informal, reconhecendo-o como meio pelo qual os indivíduos se relacionam dentro da organização e como é empregado para apoiar as decisões, visando ao alcance dos objetivos institucionais. Nestes ambientes, valores são agregados à informação, transformando-a em matéria prima para o desenvolvimento do produto da instituição. Seu objetivo principal é a busca da tomada de decisão certa, no momento oportuno, com as pessoas apropriadas, a partir da informação adequada, com o menos custo possível.

No exercício da função gerencial, a ênfase deve ser dada à informação. Algumas estratégias são citadas por Davenport (1998) para o gerenciamento do comportamento informacional nos ambientes empresariais, dentre as quais se destacam tornar claros os objetivos e estratégias da organização, identificar competências informacionais, concentrar-se na administração de tipos específicos de conteúdos da informação, atribuir responsabilidades pelo comportamento informacional, criar uma rede de trabalho responsável pelo comportamento informacional e apresentar a todos os problemas de gerenciamento da informação.

Diante destas estratégias, é possível constatar que a informação é mais um recurso para a gerência nos ambientes empresariais e que é de todos os atores envolvidos no processo de trabalho a responsabilidade pela sua coleta, organização, distribuição e disponibilização. Desta forma, um sistema de informação que sirva ao processo de trabalho deve responder às demandas e necessidades dos diversos serviços e unidades da instituição.

Portanto, sistemas de informação para apoio à decisão são sistemas que coletam, organizam, distribuem e disponibilizam a informação utilizada nesse processo. Em geral, os sistemas de apoio à decisão obtêm dados do ambiente interno e externo à organização e processam estes dados, transformando-os em informações. O sistema opera por meio de softwares que permitem a disponibilização destas informações na forma de relatórios, de modelos matemáticos expressos em gráficos e tabelas e, ainda, permite que se instale um encontro virtual entre vários indivíduos trabalhando com um grupo dentro da organização.

Os sistemas de informação nos ambientes empresariais são constituídos do gerenciamento da informação, a partir do levantamento das necessidades informacionais dos decisores, da coleta e obtenção dos dados, na análise dos dados transformando-os em informação, na distribuição da informação de acordo com as necessidades do decisor, da utilização das informações pela sua incorporação no processo de trabalho e, finalmente, da avaliação constante dos resultados obtidos e de redirecionamentos no sistema para atender às demandas e antecipar as necessidades dos decisores. É importante ressaltar que esses sistemas têm contribuído para o desenvolvimento do processo de produção nas instituições e que, nos ambientes hospitalares, em especial, tem possibilitado maior segurança para a tomada de decisão, o que resulta em melhor atendimento aos pacientes.

2.4 ADMINISTRAÇÃO TEORIA GERAL

A Teoria das Organizações (T.O.) é o campo de conhecimento humano que se ocupa do estudo das organizações em geral. (...) A administração nada mais é do que a condução racional das atividades de uma organização. (...) Trata do planejamento, da organização, da direção e do controle de todas as atividades diferenciadas pela divisão do trabalho que ocorra dentro de uma organização. (Chiavenato 2011) E é sob este último aspecto que se estrutura este trabalho: o controle das atividades diferenciadas em uma organização hospitalar. Em um Centro de Tratamento Intensivo - CTI - é fundamental que os profissionais adotem a higienização das mãos.

O controle das atividades dos profissionais precisa ser exercido por ações e ferramentas bem definidas e historicamente podemos relacioná-las. O Serviço de Controle de Infecção hospitalar que monitora, através de suas ferramentas de controle a disseminação e seu contrário a contenção das infecções, entre os pacientes e sua migração dentro da unidade hospitalar. "No início do século XX, Max Weber, sociólogo alemão, publicou uma bibliografia a respeito das grandes organizações da sua época. Deu-lhes o nome de Burocracia

e passou a considerar o século XX como o século das burocracias". (Chiavenato 2011) Logo, o primeiro teórico das organizações foi Weber, preocupou-se com sua racionalidade, a relação entre os meios e recursos usados e ainda com os objetivos a serem alcançados. Assim, a organização (qualquer que seja) é burocrática por excelência. (...) "Com o aparecimento, crescimento e proliferação das burocracias, a teoria administrativa - até então introspectiva e voltada para os fenômenos internos da organização por meio da abordagem estruturalista, além do enfoque intraorganizacional, surgiu o enfoque interorganizacional. A visão estreita e limitada a aspectos internos passou a ser ampliada e substituída por uma mais ampla". (CHIAVENATO,2011).

A teoria burocrática desenvolveu-se na Administração por volta de 1940 pela necessidade de modelo organizacional, pelo crescente tamanho e complexidade das empresas. Como uma forma de organização humana baseada na racionalidade com o objetivo de conseguir máxima eficiência. Na busca pela eficiência máxima definiu a necessidade de estabelecimento de autoridade no sentido da probabilidade de que um comando ou ordem específico seja obedecido pois representa o poder institucionalizado e oficializado, com potencial para influenciar as outras pessoas. A autoridade proporciona poder, logo, ter autoridade é ter poder que depende de legitimidade que é a capacidade de justificar seu exercício. Legitimidade explica por que um determinado grupo obedece as ordens de alguém. Este poder demanda um aparato administrativo para executar as ordens e servir como ponto de ligação entre o comando e os comandados.

Para o senso comum burocracia significa papelório, impedindo rapidez e eficiência, ou o apego dos funcionários aos regulamentos e rotinas ou ainda a ineficiência das organizações. O Conceito de Burocracia de Weber é justamente o contrário: "a burocracia é a organização eficiente por excelência". Um conceito da racionalidade está intrinsecamente ligado à burocracia e no sentido proposto por Weber, racionalidade implica adequação dos meios aos fins, isto significa eficiência.

E como optar por um caminho dentre as possibilidades que cada problema ou dificuldade pode apresentar? Nisto Lousada e Valentim propõem a análise do que denominam "Informação Orgânica" que é definida como a informação que é produzida internamente pela organização, resultante das suas atividades e funções: "Informação é insumo do processo decisório empresarial, por isso tem papel fundamental para qualquer modelo de gestão empresarial. Para tomar a decisão certa é preciso que o gestor possua informações internas e externas selecionadas, tratadas, organizadas e acessíveis, de forma que propicie a redução das

incertezas. Portanto, é de suma importância que o acesso à informação seja no tempo certo, que a informação seja confiável, bem como seja consistente. Nomeamos a informação produzida internamente a uma determinada organização como informação orgânica, visto que é gerada em decorrência do cumprimento das funções organizacionais, pelos próprios colaboradores da organização que, ao mesmo tempo, são produtores e consumidores". (LOUSADA; POMIM, 2011)

As atividades da Organização Hospitalar produzem internamente, obviamente, informação hospitalar. Dentre as diversas informações e dados que uma instituição hospitalar pode produzir estão as diversas indicadores de controle e monitoração da infecção hospitalar. Segundo Tadeu Fernandes: "A infecção hospitalar é o sintoma mais evidente da inadequação de um sistema de saúde. Muitas vezes confundida com erro médico na imprensa leiga, coloca a responsabilidade da sua ocorrência sobre o profissional de saúde, quando na verdade é o elo final de uma complexa cadeia de eventos". (...) Não é lógico acreditar que o profissional de saúde contamine voluntariamente seus pacientes, mas a não observância das medidas de controle traz consequências sérias e a infecção hospitalar continua como uma das principais causas de mortalidade e seu controle tem grande relevância na saúde coletiva. (FERNANDESapud CHIAVENATO, 2011).

Existem diversos trabalhos que corroboram a afirmação da urgente necessidade de medidas de controle da disseminação da infecção hospitalar e que atestam a higienização das mãos como controle primário mais eficaz. Dentre eles: que afirmam Da Silva e Raul (2012) "Apesar desta constatação da eficiência da higienização das mãos na prevenção da transmissão de infecções, profissionais de saúde desprezam o valor de uma ação simples e não compreendem os mecanismos básicos da dinâmica de transmissão das doenças infecciosas. A higienização das mãos, além de ser uma medida básica e barata, é a maneira mais eficiente e econômica para a prevenção de infecções nosocomiais e este fato é mundialmente reconhecido e comprovado por diversos estudos". A Anvisa afirma no Relatório sobre a auto avaliação para Higiene das Mãos (HM) apresenta os resultados brasileiros para o instrumento elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O trabalho é inédito e revela dados importantes sobre as rotinas de segurança sanitária realizadas por gestores e profissionais que trabalham em estabelecimentos de saúde de todo o Brasil. A higienização das mãos é o procedimento mais importante e barato para evitar a transmissão de infecções relacionadas à assistência à saúde. A Revista Digital "EDFPortes (2012) publica um estudo que afirma:

A higienização das mãos sempre foi considerada uma medida básica para o cuidado ao paciente. (...) As mãos dos profissionais de saúde vêm sendo implicadas como fonte de transmissão de micro-organismos no ambiente hospitalar. A contaminação das mãos dos profissionais de saúde pode ocorrer durante o contato direto com o paciente ou por meio do contato indireto, com produtos e equipamentos ao seu redor. Atualmente, os profissionais que trabalham nas instituições de saúde necessitam ter conhecimento sobre a verdadeira importância da lavagem das mãos e sua correta higienização. Essa medida está relacionada às boas práticas de higiene do ambiente e possibilita ao paciente proteção contra as infecções, durante todo o período de internação, já que as infecções hospitalares estão presentes no cotidiano do trabalho de enfermagem e são sempre apresentadas como um risco (EFDPORTES, 2012).

O referencial teórico deste trabalho engloba a necessidade administrativa do controle do trabalho e ainda da análise das informações internas da instituição hospitalar para então estabelecer uma diretriz que, numa mudança de hábitos e conceitos consiga mudar os fazeres e saberes arraigados num modelo eficaz de trabalho administrativo e neste sentido o trabalho do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH. É determinante para o sucesso ou não deste controle.

A higienização das mãos (HM) vem sendo reconhecida e recomendada, desde 1846, como prática obrigatória para os profissionais da área de saúde, com base na constatação da efetividade na redução das infecções e, conseqüentemente, da mortalidade entre os pacientes.

Embora não haja dúvidas a respeito da eficácia da higienização das mãos e da simplicidade dessa prática, uma baixa adesão à HM tem sido reportada por diversos estudos em todo mundo. Por isso, a elevação das taxas de adesão à HM durante o cuidado assistencial é considerada uma prioridade por diversos órgãos nacionais e internacionais, como também é reafirmado pela organização Mundial de saúde (OMS).

Apesar disso, na literatura, não tem sido observada uma padronização dos métodos de avaliação a aderência a HM.

Entende-se como higienização das mãos qualquer ato praticado pelo profissional de saúde com o intuito de limpá-las, seja por meio do uso de água e sabão ou de soluções alcoólicas.

A OMS e o Centro para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América (*Centers for Disease Control and Prevention – USA*) recomendam que a HM ocorra: antes do contato com o paciente, antes de procedimentos invasivos, após contato com fluidos

corporais, após contato com superfícies inanimadas próximas ao paciente, após retirar luvas, quando as mãos estiverem visivelmente suja, após exposição a esporos ou patógenos, além de quando houver mudança de um sítio contaminado de um paciente para outro sítio no mesmo paciente.

As indicações para higienização das mãos, que são representadas pelas situações definidas acima, referem-se aos momentos considerados de alto risco para transmissão de micro-organismos. Por outro lado, cada uma destas situações pode também ser compreendida como uma oportunidade para a realização da HM, independente da presença de sujidade visível nas mãos.

Para cada oportunidade de higienização, espera-se a realização desse ato, e em algumas ocasiões mais de uma oportunidade de HM pode ser contemplada por apenas um ato de HM.

O uso de água e sabão é altamente recomendado quando as mãos estiverem visivelmente sujas, no caso de potencial contato com micro-organismos formadores de esporos, após usar o banheiro, sendo o uso de soluções alcoólicas aconselhado para todas as demais situações da assistência em que as mãos não estiverem visivelmente sujas.

Talvez em razão da grande diversidade de indicações de HM e da necessidade de ser realizada de acordo com o julgamento do profissional, quando não há sujidade visível nas mãos e a presença dos micro-organismos não pode ser constatada, esta prática constitua grande desafio para controle de IRCS.

Observação direta das oportunidades de higienização das mãos

A observação direta das oportunidades de HM tem sido a abordagem mais utilizada e bem aceita pelos pesquisadores para avaliar o comportamento e a aderência dos profissionais de saúde, às medidas de controle de infecção, sendo considerada pela OMS padrão ouro para monitoração dessa prática.

Tal abordagem consiste em introduzir no ambiente de trabalho um observador, para que este analise se o profissional de saúde em questão está realizando a higienização das mãos, de acordo com o recomendado, pela observação das oportunidades de HM e atos de HM. O cálculo é feito dividindo o número de atos de HM pelo número de oportunidades de HM observadas.

Para as observações diretas, encontra-se a possibilidade de analisar diferentes categorias profissionais, turnos distintos de trabalho, além de diversas técnicas disponíveis

para HM, o que se torna uma vantagem às instituições que desejam melhorar a aderência à HM, pois permite avaliar características específicas de cada localidade. Oliveira et al (2010)

2.5 SOBRE A ESTRUTURA DO SCIH¹

A SCIH é parte integrante do Núcleo de Vigilância Hospitalar, composto por quatro comissões com atribuições bem definidas que seu detalhamento uma a uma não faz parte do interesse deste trabalho mas apenas serão citadas para no atermos ao trabalho do serviço que queremos focar: CVE – Comissão de Vigilância Epidemiológica; CAO – Comissão de Análise de Óbito; CRP – Comissão de Revisão de Prontuário; CCIH /SCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Composição da CCIH: Quatro Enfermeiras, Duas Técnicas de Enfermagem, Uma Auxiliar de Enfermagem, Um Técnico Administrativo – chamados Membros Executores – E uma Bióloga – Membro Consultora. Esta é a formação da Equipe da CCIH atualmente, em um momento de redução de seu quadro que anteriormente era dezesseis profissionais: oito membros consultores e oito membros executores.

2.5.1 Sobre o funcionamento e métodos do SCIH

O trabalho do SCIH é definido pelo POP - Protocolo Operacional Padrão – que tem como referência para sua elaboração a Resolução 227/2010 ANVISA; Portaria 2616/1998 MS; Manual de Atribuições da equipe de enfermagem APECIH 2002, que determinam suas atividades quais são:

- Elaborar e supervisionar a implantação de medidas para a prevenção de transmissão de microorganismos no ambiente hospitalar por meio da implantação de normas de precauções e isolamento de doenças transmissíveis.

- Auxiliar os programas de vigilância de agravos à saúde como farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância. Participar com os demais setores envolvidos na elaboração de programas de qualidade, tratamento de resíduos e controle de contaminação ambiental.

- Adequar e supervisionar as normas e rotinas técnicas e operacionais - visando a prevenção e o controle das IHS - principalmente aquelas relacionadas a procedimentos invasivos

¹ Retirado do Documento Interno: **Competências e Atribuições do Núcleo Executor da Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - COMISSÃO DE CONTROLE E INFECÇÃO HOSPITALAR**– Hospital Estadual Azevedo Lima, 06 / 2013.

- Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de produtos industrializados.

- Elaborar, implementar, manter e avaliar o programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando no mínimo, ações relativas a:

- Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;
- Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (IRAS)
- Cooperar com o treinamento e a educação continuada dos profissionais de saúde
- Realizar capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Definir junto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica as normas para o uso racional de antimicrobianos - tanto para a terapêutica como para a profilaxia de infecções - germicidas, anti-sépticos e materiais médico-hospitalares
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções relacionadas à Assistência a Saúde e definir medidas de controle.

2.5.2 Sobre a coleta de dados do SCIH

São realizadas visitas – busca ativa - aos setores críticos da Instituição – CTI; Sala Amarela (de cuidados intermediários); UPO (pós-operatório), onde se avaliam Leito a Leito às condições de cuidado à saúde dispensado a cada paciente, sua condição de higiene e de bem-estar. E ao Laboratório de análises clínicas de onde os resultados exames que indicam infecção ou colonização por bactérias são avaliados e através dos quais se indicam os cuidados no tratamento e cuidados destes pacientes.

Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;

Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (IRAS)

3 DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO EXTERNO

O objetivo principal do planejamento estratégico é proporcionar as bases necessárias para as manobras que permitam que as organizações consigam navegar e se perpetuar mesmo dentro de mutáveis e dinâmicas condições cada vez mais adversas e imprevisíveis. As organizações de sucesso são aquelas capazes de se adaptar e ajustar adequadamente ao contínuo processo de mudanças no dinâmico e competitivo mundo dos negócios; o sucesso é tanto maior na medida em que elas conseguem se antecipar de maneira proativa e competitiva a essas mudanças.

As organizações que sobrevivem às mutáveis condições ambientais são aquelas que não somente se ajustam, mas se antecipam proativamente e criam as condições de mudanças que impactam o ambiente e as outras organizações.

Planejar é conhecer e entender o contexto; é saber o que se quer e como atingir objetivos; é saber como se prevenir e evitar as ameaças; é calcular os riscos e buscar minimizá-los evitando a vulnerabilidade; é preparar-se taticamente no sentido de rearranjar-se internamente; é ousar em relação às metas propostas e superar-se de maneira continuada e constante para oferecer resultados cada vez melhores. Planejar não é somente vislumbrar o futuro, mas é acima de tudo uma forma de sobrevivência e a continuidade dos negócios na medida em que se formalizam planos, programas e procedimentos capazes de atuarem de modo consciente e consequente diante das eventualidades e contingências que se apresentam no cotidiano das organizações.

O planejamento estratégico é um processo essencial dentro da organização na medida em que traça as diretrizes para a definição dos planos de ação que resultarão em vantagens competitivas e sustentabilidade no longo prazo. O planejamento estratégico identifica recursos potenciais, alinha competências, reconhece forças e fraquezas, e estabelece um conjunto de medidas integradas a serem executadas para assegurar o alcance dos resultados planejados. SAPIRO (2009)

Os gestores precisam apenas selecionar aqueles componentes do ambiente que são relevantes para o processo estratégico, que passam a ser acompanhados através de indicadores. A identificação dos limites entre a organização, o ambiente contextual e o ambiente relacional ou transferencial – é de fundamental importância para o processo de planejamento estratégico. Ambiente relacional ou microambiente: Também denominado ambiente transacional. É o ambiente mais próximo e imediato da organização. É a dimensão do ambiente na qual a organização é um participante efetivo, influenciando os resultados e

sendo ao mesmo tempo influenciada por eles. É o setor específico de negócios da organização, constituído pelos clientes e consumidores, fornecedores, concorrentes e agências reguladoras, onde obtém seus recursos e coloca seus produtos e serviços. Esse é campo onde a organização elabora e aplica sua estratégia.

Identificar oportunidades ou ameaças reais que exijam alguma decisão estratégica de organização. Localizar futuras oportunidades ou ameaças potenciais que ainda não foram claramente percebidas pela organização.

Pela própria natureza da informação é necessário que seu processamento se dê em uma base contínua e em constante evolução através de quatro etapas bem identificadas – rastreamento (scanning), monitoramento (monitoring), previsão (forecasting) e avaliação (assessing).

O propósito desse processo é assegurar a evolução da organização através da identificação das oportunidades e ameaças que emergem do ambiente analisado (SAPIRO, 2009).

O conhecimento estratégico deve ser construído a partir de suas vertentes. Na primeira vertente, a organização deve olhar o mundo ao seu redor, conhecer o contexto ambiental – o macroambiente em geral e o setor de negócios em particular – para fazer o diagnóstico estratégico externo e conhecer os mares onde a organização navega. Isso significa conhecer o contexto externo, ou seja, a arena dos negócios da organização como apresentado no capítulo anterior. Na segunda vertente, a tarefa seguinte é fazer o diagnóstico estratégico da organização. Trata-se agora de olhar para dentro da organização no sentido de analisar suas potencialidades e forças, de um lado, e suas fragilidades e fraquezas, de outro.

Através do diagnóstico estratégico da organização – também denominado análise organizacional ou auditoria interna da organização -, faz-se uma avaliação competitiva de suas potencialidades – pontos fortes que precisam ser mais intensamente explorados – e de suas fragilidades – pontos fracos que precisam ser corrigidos e aprimorados (SAPIRO, 2009).

3.1 HOSPITAL

A saúde é o maior bem do ser humano, sendo que ele cada vez mais se esforça para promover ações, visando mantê-la ou melhorá-la. Nas palavras de Ribeiro (1977):

A saúde é um bem real, ao mesmo tempo abstrato, que só pretende obter quando se a perde e ela se torna necessidade, materializado no seu contrário, a doença, assim, a necessidade sentida em saúde é determinada pelo seu oposto, ou seja, a sua perda. A posse desse bem, saúde, pode envolver para esse outro estado, a necessidade, por

acidente ou doença percebida. Nesse caso, não se sabe onde acabam o bem – a saúde – e começa a doença – necessidade –, onde finda o normal e inicia o patológico.

Para Ribeiro (1977, p. 25), o hospital é uma “instituição destinada a internar, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitam assistência médica diária e cuidados constantes de enfermagem.”

De acordo com relatório da OMS *apud* Borba (2006):

O hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

O hospital segundo Kawamoto (1986) possui cinco funções distintas de prestação de serviços, a saber: função preventiva, restringindo-se basicamente ao ambulatorios. Para atendimentos pós-alta hospitalar controle e prevenção de patologias e complicações; função educativa, com informações de saúde pública para a família, formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde; pesquisa científica, diretamente relacionada com a saúde; função de reabilitação, com retorno do paciente ao seu meio ambiente e atividades, e finalmente função curativa, que e a sua função majoritária, principalmente no cenário da saúde brasileira.

Shaw (2003), as organizações hospitalares têm as funções de: (a) prevenir doenças, oferecendo assistência e vigilância à população, e contribuir para a educação sanitária e a higiene no trabalho; (b) restaurar a saúde, realizando diagnóstico e tratamento curativo de enfermidades em geral; e (c) promover a pesquisa e o ensino de graduação, pós-graduação e educação continuada.

Os hospitais, segundo a conceituação de Bezerra (2002), podem ser classificados em:

Gerais, especializados, de curta permanência, de longa permanência, oficiais e particulares. Para esse autor, o Hospital Geral é aquele que atende os pacientes que portam doenças de especialidades médicas variadas. Esse tipo de hospital pode ter sua ação limitada a um grupo etário, determinada camada da população ou finalidade específica. Por sua vez, o Hospital Especializado é aquele que atende, predominantemente, pacientes que necessitam de determinada especialidade médica. Já o Hospital de curta permanência pode ser entendido como aquele no qual a média de dias em que os pacientes ficam internados é inferior a 30 dias, ao passo que, no Hospital de longa permanência, os pacientes ficam internados por um período

superior a 30 dias. Por fim, os Hospitais Oficiais são aqueles mantidos pelos diferentes níveis de governo (federal, estadual ou municipal), enquanto os Hospitais Particulares são aqueles legalmente constituídos como pessoa jurídica de direito privado.

O hospital pode ser classificado pelos aspectos clínicos, do número de leitos e quanto o modelo de construção. Sendo respectivamente considerado um hospital geral, quando este serviço se destina a atender e oferecer assistência para todas as especialidades médicas, podendo ainda ter especificidades quanto a faixa etária, camada social e a finalidade (hospital escola ou universitário etc) . O hospital especial destina-se a atender determinadas patologias, e se limita somente a esta. Outra forma de compreender melhor o universo hospitalar, e pela sua distribuição é quantidade de leitos, isto também revela sua capacidade de atender a demanda e o seu potencial de trabalho. Um hospital de até cinquenta leitos é considerado de pequeno porte, enquanto que um hospital de cinquenta á cento e cinquenta leitos é de médio porte. Um hospital para ser considerado de grande porte deverá ter de cento e cinquenta á quinhentos leitos, enquanto que um hospital com capacidade superior a quinhentos leitos e considerado especial ou extra (KAWAMOTO, 1986).

3.2 O HOSPITAL NA HISTÓRIA

Segundo Góes (2004), a palavra hospital vem do latim *hospitalis*, adjetivo derivado de *hostes* (hóspede, estrangeiro, viajante, conviva). Por extensão, o que dá agasalho, que hospeda. Surgiram designação em outros idiomas, *hospital*, *hospedale*, etc. No início da era cristã, a terminologia mais usada era de origem grega ou latina:

Nosocomium Lugar para tratar doentes, asilo, enfermos; Nosodochium Lugar para receber doentes; Ptochotrophium Asilo para pobres; Poedotrophium Asilo para crianças; Xenotrophium Asilo de refúgio para viajantes estrangeiros; Gynetrophium Hospital para mulheres; Gerontokomium Asilo para velhos; Hospitium Lugar onde os hóspedes eram recebidos, daí o nome de hospício para estabelecimentos que recebia enfermos pobres, incuráveis ou insanos.

O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais (FOUCAULT, 1979).

Para os tempos A.C. não há fontes históricas, a assistência é mesclada aos assuntos religiosos, médicos e sociais. “Enquanto que para o mundo ocidental formou-se uma estrutura

de medicina social e de hospitais no século XVIII, para as civilizações da Mesopotâmia e do Oriente a assistência a saúde se dá em um outro contexto e cultura, que foi absorvido pelo mundo ocidental, as práticas orientais e da Mesopotâmia, consistiam em uma prática de administrar medicamentos e cuidados seguidos de orações a Isis e a Horus, princípio de todo bem” (PAIXÃO, 1987).

Porém, Costi (2002) afirma que a essência do hospital teve início com o cristianismo o *nosocomium* passou a ser tido como um lugar para tratar de doentes, pobres e peregrinos. Para alguns autores, um nosocômio fundado por São Basílio (269 a 372 d.C.), em Cesárea, Capadócia, na segunda metade do século IV, é o primeiro hospital cristão. Para outros, foi o hospital construído em Roma, no mesmo século.

Os fundamentos religiosos existentes nas organizações hospitalares remontam ao século VII a partir dos mosteiros. Os religiosos aprendiam noções de medicina e logo estenderam suas práticas para fora dos conventos (GÓES, 2004).

Para Góes (2004, p. 9) a igreja teve papel fundamental no desenvolvimento dos hospitais:

Como a religião leva em consideração vários aspectos da higiene humana, essas preocupações foram transferidas para as edificações dos seus hospitais. Enfermarias separadas por sexo, por convalescentes, por especialidade médica, cozinha dietética, biblioteca e asilo de órfãos. Possibilitava ainda, aos que tinham alta, ajuda financeira para as primeiras despesas fora do hospital. A alimentação era boa e aos doentes que sofriam de insônia oferecia-se música e assistência pessoal para fazê-lo dormir.

Na Renascença (século XIV), as congregações religiosas foram perdendo o controle dos hospitais e estes adquirindo caráter mais municipal (COSTI, 2002, p. 32).

O cenário hospitalar das sociedades ocidentais e européias e que está sendo descrito neste primeiro momento de formação e origem dos hospitais retratam uma civilização e um período histórico da humanidade, com formação e contribuições para o modelo atual da saúde em grande parte do mundo. Na Índia a assistência teve seu auge com o budismo, cujas doutrinas de bondade, eram muito incentivadas. “Esses tratavam as doenças com dietas, banhos, clisteres, inalações, e sangrias” (PAIXÃO, 1987). Utilizavam também plantas medicinais, e tinham grandes exigências com os enfermeiros, exigiam um conjunto de qualidades e conhecimentos.

Até o começo do século XVIII o hospital mantinha-se com as funções básicas de transformação espiritual e assistência para a morte, e o hospital geral era lugar de

internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc. É ainda, em meados do século XVIII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece (FOUCAULT, 1979).

No Brasil, a assistência hospitalar teve início logo após o Descobrimento (1500). Portugal tinha o hábito de transferir para as colônias todo o seu acervo cultural e no período do descobrimento encontrava-se em evolução o sistema criado pela Rainha D. Leonor de Lencastre, que deu origem a obras de misericórdia, cultivando com a instituição das Santas Casas.

Brás Cubas fundou em Santos, em 1543, o primeiro hospital do Brasil. Alguns anos depois, Olinda, em Pernambuco, construiu o seu primeiro hospital e antes do fim do século XVI São Paulo criou a sua Santa Casa. Com a Independência e o regime republicano, praticamente não houve iniciativas governamentais que estabelecessem normas para construção de hospitais. Somente após a Revolução de 30, houve novas iniciativas que tentaram reestruturar conceitos, padrões e normas das construções hospitalares (GÓES, 2004, p. 11).

Desde as tendas militares e os tipos palacianos, o hospital percorreu um longo caminho acompanhando a arquitetura dominante. A tipologia hospitalar parece não ter encontrado ainda um caráter próprio. Apropria-se de diversos tipos arquitetônicos, mas mantém o mesmo objetivo desde o século XVIII: ser uma máquina de curar (COSTI, 2002).

A enfermagem neste contexto histórico do hospital e da sua inserção neste cenário, é resultante do momento histórico de cada povo, suas crenças, religião e costumes. Para a era cristã, a enfermagem representou-se pelas diaconisas, e pelas ordens religiosas, que executavam as tarefas de cuidar e curar os doentes, era uma atividade, era um trabalho de caráter exclusivamente espiritual, voltado para a caridade e benevolência. Nos dias atuais, esta característica ainda é muito solicitada pelos clientes hospitalizados, que apelam pela bondade da enfermeira para sanar sua dor, desespero, mimos e até mesmo para desabafar seus sentimentos mais mesquinhos de ódio e rancor pela assistência, pela comida e pelo próprio enfado do período de internação.

3.3 INCIDÊNCIA DA INFECÇÃO HOSPITALAR

O ambiente hospitalar pode representar um dos fatores ocasionadores das infecções nosocomiais, devido à supervivência dos microorganismos no recinto hospitalar que está relacionada à temperatura e à umidade do local, por esse não existir um aquecimento

adequado. Tornando-se predispostos a adquirir infecções hospitalares através da exposição aos microorganismos, que podem ser causadas, tanto por agentes infecciosos preexistentes na flora endógena ou exógena, sendo que existe uma grande influência com a relação entre o cliente, os patógenos e o meio onde se encontram.

O perfil etiológico das infecções hospitalares vem apresentando modificações nas últimas décadas, que são atribuídas, especialmente, ao uso indiscriminado de antimicrobianos com conseqüente desenvolvimento de resistência microbiana (BARBOSA et al., 2006).

Compreende-se que os fatores que determinam a ocorrência de infecções estão relacionados com estado de debilitação dos próprios clientes e aqueles que independem do cliente sendo que podem está associado ao local de internação, às agressões e aos cuidados prestados. Podendo verificar neste sentido que a idade é um dos fatores a serem considerados, trazendo questionamentos quanto á aplicação de recursos na UTI, pois no Brasil, o rápido e contínuo aumento do número de idosos (> 60 anos de idade) passou de 03 milhões em 1960, para 07 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002, com aumento de 500% em quarenta anos, e estimativa que alcançará 32 milhões em 2020, tem provocado discussões relacionadas ao atendimento à saúde, com repercussões nas UTIs (DAVID, 2005).

As infecções hospitalares tornam-se um grave problema para as instituições de saúde que não realizam o controle adequado o que acarreta gastos desnecessários com medicamentos, controle, busca ativa e busca do foco de infecção dentro da instituição, o controle deve ser realizado para prevenir a incidência das infecções hospitalares, como também uma educação continuada aos funcionários conscientizando-os sobre a grande problemática das infecções(PRADE, 2004).

Com o intuito de apoiar o Programa nacional de Controle de Infecção Hospitalar foi promulgada a Lei Federal 9.431 que obrigou todos os hospitais brasileiros a constituir uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Esta comissão é representada por médicos, enfermeiros, administradores entre outros, que criam um conjunto de ações a serem seguidas para reduzir ao máximo possível a incidência e gravidade de infecções hospitalares (PRADE, 2004).

Cabe ao gestor do hospital constituir formalmente a CCIH, nomear seus componentes por meio de ato próprio, propiciar a infra-estrutura necessária à correta operacionalização desta comissão, aprovar e fazer respeitar o seu regimento interno, garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição (como, por exemplo, os conselhos técnicos, independente da natureza da entidade

mantenedora da instituição de saúde). Garantir também o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar, informar ao órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH e as alterações que venham a ocorrer, fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar(PRADE, 2004).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CÁLCULO DA ADESÃO

A adesão à higienização das mãos é a razão entre o número de ações e o número de oportunidades conforme expresso pela seguinte fórmula:

$$\text{Adesão (\%)} = \frac{\text{Ações de higienização das mãos}}{\text{Oportunidades}} * 100$$

No formulário de observação, as indicações observadas são “classificadas” como oportunidades para higienização das mãos (o denominador) contra o qual a ação real de higienização das mãos é colocada (a ação servindo como um numerador). Estas duas variáveis permitem que seja calculada a adesão. Os resultados para adesão podem ser calculados globalmente, mas também podem ser divididos por categoria profissional ou indicação. Tais resultados, quando apresentados, podem ser adequados pelo usuário que pode relacioná-los à sua categoria profissional ou aos tipos de contato que têm com os pacientes e seus ambientes. (OPAS ANVISA 2008)

Como se observa a higienização das mãos?

A observação direta dos profissionais de saúde durante sua rotina diária de trabalho é a maneira mais precisa de estudar as práticas de higienização das mãos. Ele fornece oportunidade para identificar o comportamento dos profissionais de saúde e para avaliar as lições aprendidas, bem como as falhas remanescentes. Os resultados de observação ajudam a determinar as intervenções mais adequadas para promoção, instrução e treinamento de higienização das mãos.

A principal finalidade do método proposta aqui é produzir dados em larga escala sobre a adesão à higienização das mãos. Esses dados devem ser coletados por meio de observação direta dos profissionais de saúde, encarregados da assistência ao paciente.

Qual é o papel dos observadores?

O principal papel do observador é observar abertamente as práticas e reunir dados sobre a higienização das mãos, usando a metodologia e as instruções propostas. Antes de

fazer isso, os observadores devem estar familiarizados com os métodos usados numa campanha de promoção, aprender como usar as ferramentas disponíveis, familiarizarem-se com o conceito das cinco indicações e estar aptos a identificar e a distinguir as cinco indicações ao longo de inúmeras atividades. O objetivo do trabalho do observador é fornecer uma imagem geral sobre como os profissionais de saúde aderem à higienização das mãos.

Os resultados das observações são usados apenas para promover, instruir e treinar os profissionais de saúde, como parte do Desafio Global de Segurança do Paciente “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura”. Os resultados das observações devem ser anônimos e não devem ser empregados nas avaliações administrativas da equipe. Isso garante que os dados coletados sejam confidenciais.

Por que observar a higienização das mãos?

A finalidade da observação da higienização das mãos é, inicialmente, determinar o grau de adesão dos profissionais de saúde às práticas de higienização das mãos, bem como avaliar a qualidade no desempenho dos procedimentos e das instalações. Dependendo do nível de adesão dos profissionais de saúde e do ambiente, juntamente com as prioridades da unidade, são desenvolvidas as medidas para promover e aperfeiçoar as práticas de higienização das mãos. Uma observação imediatamente após o período de intervenção possibilita não apenas avaliar a adesão à higienização, mas também as medidas de impacto atingidas pela intervenção. Além disso, a observação é uma maneira de chamar a atenção dos profissionais de saúde para a importância do ato: simplesmente prestando atenção e mostrando interesse pela higienização das mãos, atinge-se um efeito promocional imediato.

Os resultados relacionados com a adesão à higienização das mãos, medido durante dois períodos diferentes (basal e acompanhamento/monitoramento) correspondendo aos períodos antes e após a implantação da estratégia de melhoria da higienização das mãos, pode ser muito útil para o serviço de saúde. Por exemplo, interpretar as taxas de infecções relacionadas à assistência à saúde medidas nos mesmos períodos como o principal indicador de sucesso.

Dependendo da intensidade das atividades e indicações, os observadores devem decidir pela observação de um ou dois profissionais de saúde para não perder as oportunidades durante a sequência de cuidado. Por exemplo, se as práticas estão sendo observadas em uma Unidade de Terapia Intensiva, apenas um profissional de saúde deverá ser observado por vez.

Para fins de observação, apenas os profissionais de saúde que trabalhem com pacientes e nas proximidades deles estão envolvidos e, dependendo dos objetivos da instituição, todos ou apenas uma determinada categoria de profissionais será observada.

4.2 OS NÚMEROS LEVANTADOS QUE FORAM OBSERVADOS NO TRABALHO DE CAMPO

Os percentuais sobre o número total de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem observados. O gráfico 1 exibe os percentuais totais para ambas as categorias profissionais, já o gráfico 2 exibe os percentuais observados apenas para os Enfermeiros. O gráfico 3 exibe os percentuais observados apenas para os Técnicos de enfermagem.

Legenda
LM = Lavou as mãos com água e sabonete
AG= Usou Álcool gel

Gráfico 1 – Observação de Adesão à Higienização das Mãos: Enfermeiro e Técnico de Enfermagem

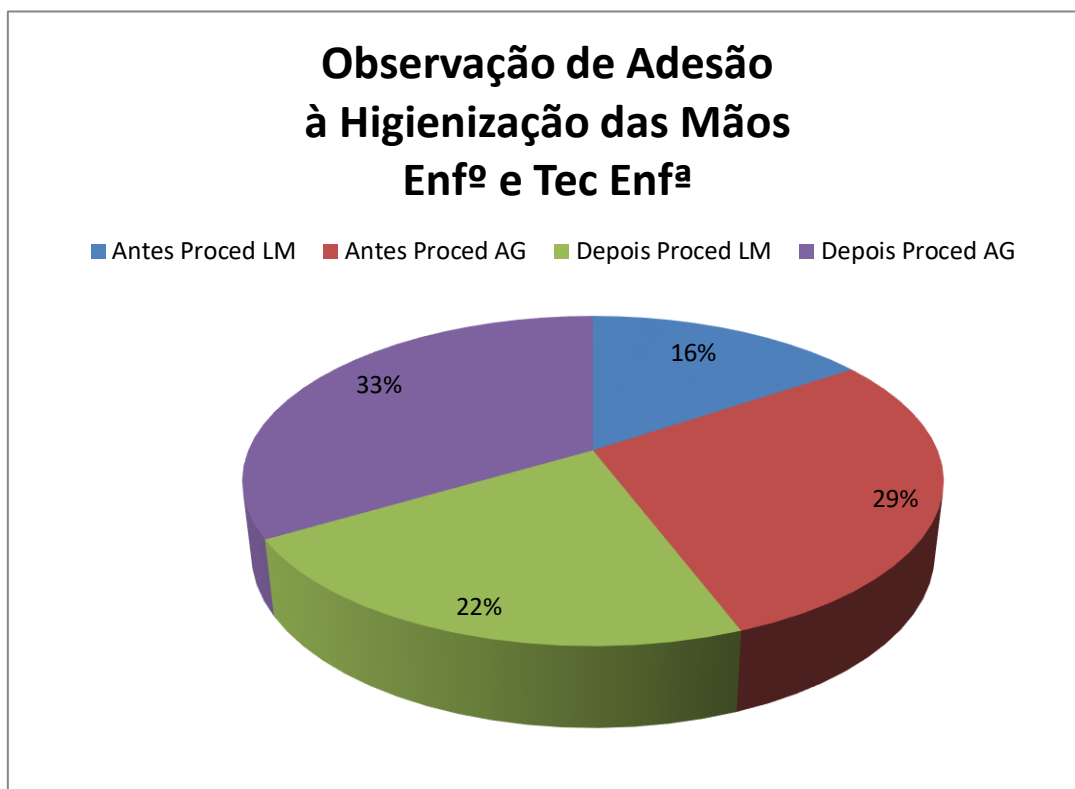


Gráfico 2 – Enfermeiros: Comparativo da Adesão à Higienização das Mãos

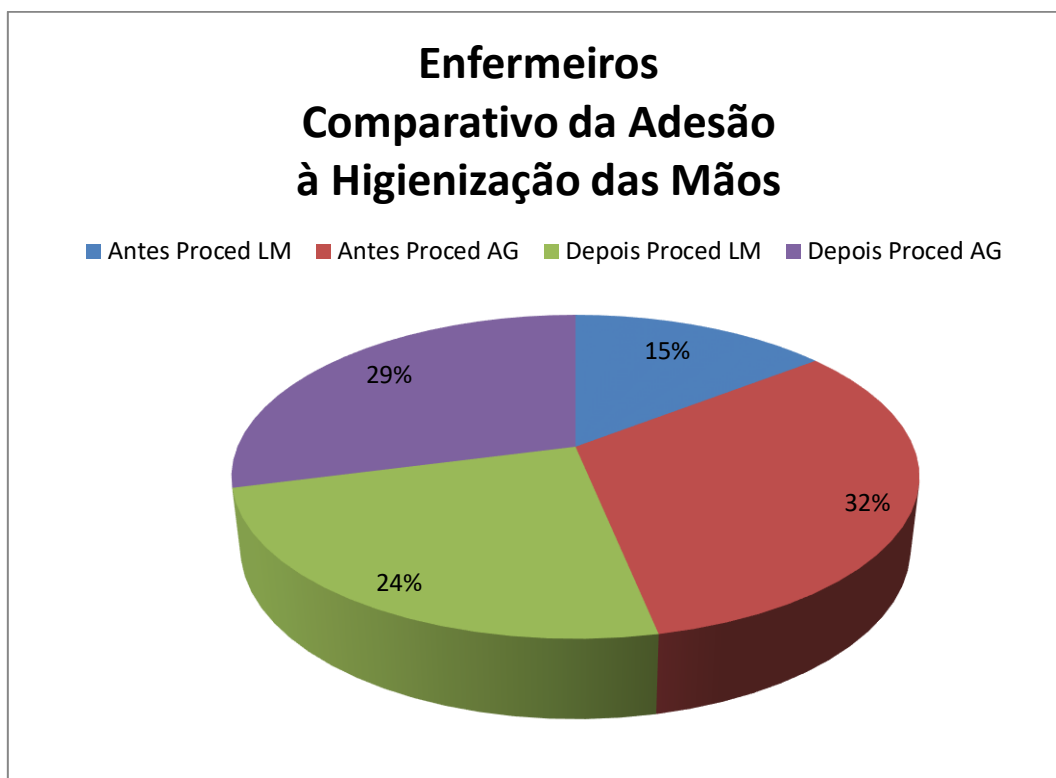
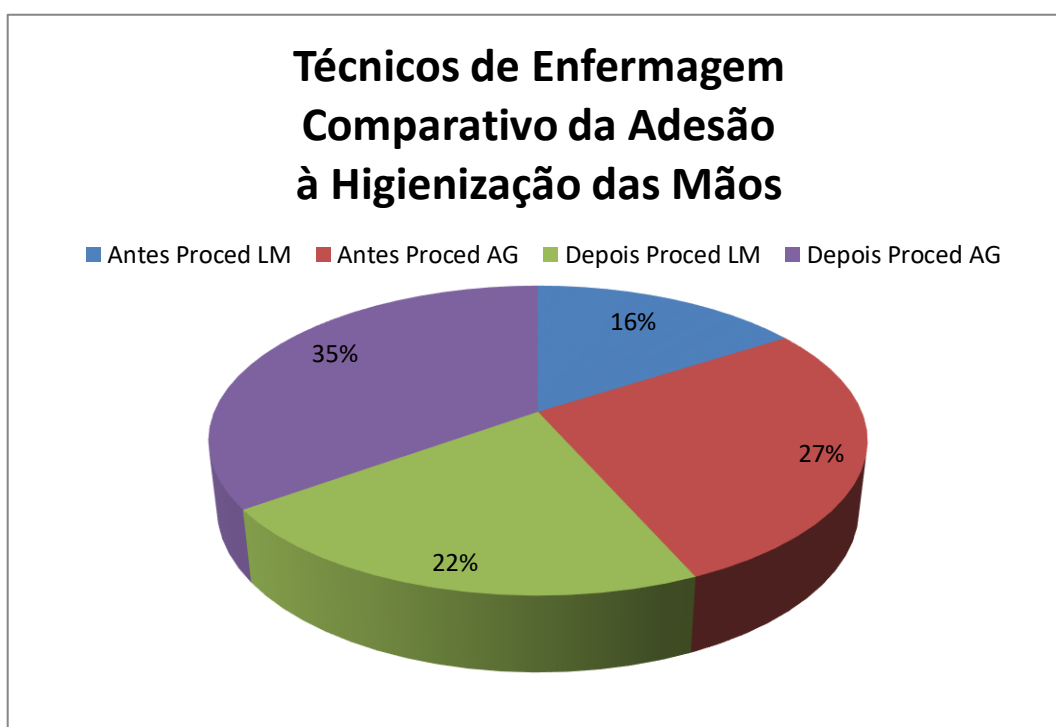


Gráfico 3 – Técnicos de Enfermagem: Comparativo da Adesão à Higienização das Mãos



4.3 ESTRATÉGIAS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Às infecções relacionadas à assistência à saúde são consideradas um problema de saúde pública mundial, pois afetam a segurança do paciente, à medida que contribuem para prolongar as internações, aumentar a resistência dos microorganismos aos antimicrobianos, gerar custos adicionais aos pacientes, a seus familiares e aos serviços de saúde e elevar a mortalidade. Em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTIs), acrescenta-se o risco de adquirir infecções em cinco a dez vezes em relação aos demais, dada a sua vulnerabilidade intrínseca e a exposição aos fatores de risco, que incluem os procedimentos invasivos, cirurgias complexas, medicamentos imunossupressores e antimicrobianos e as interações com a equipe de saúde.

Neste sentido, para prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde, a higienização das mãos é mundialmente reconhecida como procedimento mais simples e eficaz no cumprimento desta função, pois muitas dessas infecções são transmitidas pelas mãos contaminadas dos profissionais da saúde durante a sua prática assistencial. Apesar das evidências científicas mostrarem a relação entre o aumento de higienização das mãos e a redução na taxa de infecções, a adesão a este procedimento ainda permanece inaceitavelmente baixa, com taxa média de 40%. Para promover a higienização das mãos e, conseqüentemente, a segurança do paciente em âmbito mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a estratégia multimodal com o tema “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura”, estimulando os serviços de saúde a considerarem a higienização das mãos como prioridade institucional. Esta estratégia abrange a educação dos profissionais, a fixação de lembretes visuais em pontos estratégicos, a monitoração das práticas de higienização das mãos e feedback do desempenho. (PRADO et. al, 2012)

Vários estudos mostram o impacto positivo de estratégias de promoção à higienização das mãos na taxa de adesão dos profissionais a esta prática. No Brasil, apesar de a temática higienização das mãos ser bastante discutida, o impacto de estratégias de promoção à higienização das mãos na taxa de adesão é pouco investigado.

Assim, dada a problemática das infecções relacionadas à assistência à saúde, a vulnerabilidade dos pacientes internados em UTIs às infecções, a importância da higienização das mãos neste contexto, e a urgência da mudança do modelo assistencial vigente pela inversão das tecnologias de cuidado em prol da integralidade da atenção em saúde, propõe-se o presente estudo.

Para garantir o desempenho correto, a OMS recomenda que as campanhas de promoção à higienização das mãos enfatizem os elementos relacionados à técnica e as indicações para higienizá-las, ou seja, os cinco momentos. Nota-se que os profissionais da saúde aderiram à higienização das mãos mais como medida de proteção individual do que para promover a segurança do paciente, pois a adesão foi maior após o contato com o paciente.(PRADO et. al, 2012)

Neste estudo, destacam-se como limitações algumas variáveis que poderiam influenciar a taxa de adesão à higienização das mãos, como o dimensionamento da equipe de enfermagem, a complexidade dos casos internados, a carga horária, o tempo de formação, o tempo de atuação do profissional e o número de vínculos empregatícios, que não foram mensuradas.

E como se observa a higienização das mãos?

A observação direta dos profissionais de saúde durante sua rotina diária de trabalho é a maneira mais precisa de estudar as práticas de higienização das mãos. Ele fornece oportunidade para identificar o comportamento dos profissionais de saúde e para avaliar as lições aprendidas, bem como as falhas remanescentes. Os resultados de observação ajudam a determinar as intervenções mais adequadas para promoção, instrução e treinamento de higienização das mãos.(OPAS / OMS, 2008)

A principal finalidade do método proposta aqui é produzir dados em larga escala sobre a adesão à higienização das mãos. Esses dados devem ser coletados pro meio de observação direta dos profissionais de saúde, encarregados da assistência ao paciente.

O principal papel do observador é observar abertamente as práticas e reunir dados sobre a higienização das mãos, usando a metodologia e as instruções propostas. Antes de fazer isso, os observadores devem estar familiarizados com os métodos usados numa campanha de promoção, aprender como usar as ferramentas disponíveis, familiarizarem-se com o conceito das cinco indicações e estarem aptos a identificar e a distinguir as cinco indicações ao longo de inúmeras atividades. O objetivo do trabalho do observador é fornecer uma imagem geral sobre como os profissionais de saúde aderem à higienização das mãos.

Os resultados das observações são usados apenas para promover, instruir e treinar os profissionais de saúde, como parte do Desafio Global de Segurança do Paciente “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura”. Os resultados das observações devem ser anônimos e não devem ser empregados nas avaliações administrativas da equipe. Isso garante que os dados coletados sejam confidenciais.

A finalidade da observação da higienização das mãos é, inicialmente, determinar o grau de adesão dos profissionais de saúde às práticas de higienização das mãos, bem como avaliar a qualidade no desempenho dos procedimentos e das instalações.

Dependendo do nível de adesão dos profissionais de saúde e do ambiente, juntamente com as prioridades da unidade, são desenvolvidas as medidas para promover e aperfeiçoar as práticas de higienização das mãos. Uma observação imediatamente após o período de intervenção possibilita não apenas avaliar a adesão à higienização, mas também as medidas de impacto atingidas pela intervenção.(OPAS / OMS, 2008)

Além disso, a observação é uma maneira de chamar a atenção dos profissionais de saúde para a importância do ato: simplesmente prestando atenção e mostrando interesse pela higienização das mãos, atinge-se um efeito promocional imediato.

Os resultados relacionados com a adesão à higienização das mãos, medido durante dois períodos diferentes (basal e acompanhamento/monitoramento) correspondendo aos períodos antes e após a implantação da estratégia de melhoria da higienização das mãos, pode ser muito útil para o serviço de saúde. Por exemplo, interpretar as taxas de infecções relacionadas à assistência à saúde medidas nos mesmos períodos como o principal indicador de sucesso.

Dependendo da intensidade das atividades e indicações, os observadores devem decidir pela observação de um ou dois profissionais de saúde para não perder as oportunidades durante a sequência de cuidado. Por exemplo, se as práticas estão sendo observadas em uma Unidade de Terapia Intensiva, apenas um profissional de saúde deverá ser observado por vez.

Para fins de observação, apenas os profissionais de saúde que trabalhem com pacientes e nas proximidades deles estão envolvidos e, dependendo dos objetivos da instituição, todos ou apenas uma determinada categoria de profissionais será observada. Qual é o comportamento adequado durante as observações? Os observadores devem informar os profissionais de saúde em observação sobre o seu papel. Em cada sessão, eles devem se apresentar dizendo seus nomes, posição e explicar por que estão ali. As observações não justificam a infração do princípio da privacidade do paciente. Isso significa que os observadores devem ser discretos no seu posicionamento e nos seus movimentos no local. Durante a sessão, os observadores não devem interferir nas atividades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A redução de infecção hospitalar está ligada a diversos fatores, dentre eles, e o mais importante e barato, é a higienização das mãos, que apesar de não retirar completamente todos os micro-organismos, diminui fortemente esse número, favorecendo o não surgimento de infecção hospitalar, os profissionais que trabalham em serviços de saúde, devem adotar em suas práticas diárias as recomendações básicas de higienização das mãos, o uso de luvas e que as ações educativas são importantes e necessárias para aumentar a adesão dos profissionais de saúde à higienização.

Neste trabalho propõe-se que a comunicação seja considerada fundamental para o processo de conscientização que culminará em uma melhor assistência ao paciente, ou seja, o processo pelo qual uma informação é repassada de uma pessoa a outra, diretamente ou não, onde comunicação deve ser compreendida como um intercâmbio de pensamentos e opiniões entre indivíduos. O enfermeiro é instruído no seu papel durante sua formação nas escolas de enfermagem e, mais tarde, ao participar de seu grupo profissional. O papel pode ser definido como o conjunto de comportamentos esperados daqueles que ocupam certa posição no sistema social, ou como o conjunto de procedimentos ou regras que definem as obrigações e direitos inerentes a uma posição organizacional. O conhecimento do papel é importante às enfermeiras para facilitar seu desempenho nos sistemas de cuidado à saúde. O conflito de papéis em um sistema interpessoal, ou seja, a não adequação do eu ao papel a ser desempenhado, pode aumentar a tensão ou estresse no ambiente, interferindo de forma positiva ou não nas interações humanas.

Nas experiências vivenciadas pelas enfermeiras, uma base de conhecimento sobre sistemas sociais é essencial, pois provê a estrutura para a definição de relações sociais e estabelece regras de comportamento, modo e ação. O sistema social é um sistema de limite organizado de papéis sociais, comportamentos e práticas desenvolvidas para manter valores e mecanismos de regulação dessas reações.

Organização, que é a forma pela qual as atividades contínuas são administradas para alcançar metas. Nela, os seres humanos despendem a maior parte de suas vidas, pois os indivíduos e grupos são suas unidades sociais. O entendimento da estrutura organizacional ajuda as enfermeiras na identificação e no enfrentamento dos conflitos entre a organização e seus papéis e funções profissionais.

As infecções relacionadas à assistência à saúde são consideradas um problema de saúde pública mundial, pois afetam a segurança do paciente, à medida que contribuem para

prolongar as internações, aumentar a resistência dos micro-organismos aos antimicrobianos, gerar custos adicionais aos pacientes, a seus familiares e aos serviços de saúde e elevar a mortalidade. Os números levantados na pesquisa de campo demonstrados nos gráficos nas páginas 26 e 27 que demonstram uma baixa adesão para a rotina de higienização das mãos. Para controlá-las – as IRAS – a higienização das mãos – sua adesão pelo máximo possível de profissionais – deve ser buscada com informação que pode ser implementada com cartazes nas pias e nos pontos de álcool gel e treinamento semanal das equipes profissionais utilizando-se de técnicas de abordagem agradáveis que sensibilizem o profissional para as boas práticas de assistência à saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha Mãe pelas palavras de incentivo nos momentos de hesitação; à minha Esposa pelo carinho compreensão e dedicação.

A Enfermeira Doutoranda Jackeline Franco Couto, que se esforçou para direcionar este trabalho com sua Orientação informal; a toda a equipe da CCIH do hospital onde trabalho pelo incentivo na execução deste projeto.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. E.; ABBOT, A. A eficácia da educação continuada na prevenção de acidentes com riscos biológicos: uma análise qualitativa. In: VI Congresso panamericano e X Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar. Porto Alegre, 2006.

CHIAVENATO, idalberto. Introdução à teoria geral da administração. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 238, 242, 246, 251, p.

COSTI, Marilice. A influência da luz e da cor em salas de espera e corredores hospitalares. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

DAVID, C.D.N. Recomendações nas infecções em Medicina Intensiva. 1ed, Rio de Janeiro: Revinter, 2005, 122pp. p.965-8, 2005.

EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Año 16, Nº 164, 2012. Acessado em: <http://www.efdeportes.com/anvisadivulgaavaliacao sobre higienizacao maosem servicos doss aude brasileiros/html> Acessado em 10/06/14

FERNANDES, Antonio Tadeu - "Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde 2". S. Paulo: Ed Atheneu, 2000XIX,p.

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1979.

GÓES, Ronald de. Manual de Arquitetura Hospitalar. São Paulo: Edgard Blucher, 2004.

GUIMARÃES, Eliane Marina Palhares; ÉVORA , Yolanda Dora Martinez – “Sistema de Informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência” – Artigo C.I. Inf., Brasília, v33, n.1, 72-80p, jan/abril 2004

KAWAMOTO, E. E; FORTES, J I . Fundamentos de Enfermagem. EPU, São Paulo, 1986.

LOUSADA, Mariana; VALENTIM, Marta Ligia Pomim - "Modelos de tomada de decisão e sua relação com a informação orgânica". Perspectivas em ciência da informação, v.16, n.1, 156, p. jan./mar. 2011. Acessado em: www.estacio.br/saladeaulavirtual/bibliotecadisciplina/sistemadeinformacaoemsaude. Acessado em 10/06/14

OLIVEIRA, Adriana Cristina de; De PAULA, Adriana Oliveira – “Monitoração da adesão à higienização das mãos: uma revisão de literatura”. Artigo publicado revista ACTA Enfemagem, 2011;24(3):407-13

OPA - Organização Pan-Americana da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2008 “Manual para observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos”. - Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília 2008.

PAIXÃO, W. História da enfermagem. 5. ed. Rio de Janeiro: Julio C. Reis, 1979.

PAIXÃO, Valeska. Páginas de história da enfermagem. Rio de Janeiro Brucino Buccini, 1987.

PRADE. S.S. Da avaliação à informação em serviços de saúde. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, p. 207, 2004.

PRADO, Maria Fernanda et al – “Estratégia de promoção à higienização das mãos em unidade de terapia intensiva”. Revista Ciência e cuidado de saúde – Jul/Set 2011 v11/3.16366.

RIBEIRO, A. B. C. Administração de pessoal nos hospitais. 2. ed. São Paulo: FENAME, 1977.

SAPIRO, Arão; CHIAVENATO, Idalberto – “Planejamento estratégico”, Rio de Janeiro: Elsevier, introdução, 97, 119 p.

SHAW, C. Evaluating accreditation. International Journal for Quality in Health Care. v. 15, 2003.

SILVA, Daniella Guimarães da ; RAU Carina - "A importância da higienização das mãos na redução de infecções em serviços de saúde" Monografia (Pós-graduação em Vigilância Sanitária) -Instituto de Estudos Farmacêuticos e da PUC/Goiás.

ANEXOS

Apêndices

1. Formulário de observação

ANEXO 24

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

Pala		Cidade		Hospital		Identificação do local	
Observador (inicial):				H. de Período:		Departamento/Clinica	
Data (dia/mês/ano):				H. de Semão:		Nome do Semão	
Início/Fim (hora):				H. de Formário:		Nome da Unidade	
Duração da observação (min):							

Col. Prod. Código	Col. Prod. Código	Col. Prod. Código	Col. Prod. Código
Hônimo	Hônimo	Hônimo	Hônimo
Op	Indicagão	Agilo	Op

1	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	1	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	1	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	1	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada
2	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	2	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	2	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	2	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada
3	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	3	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	3	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	3	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada
4	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	4	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	4	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	4	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada
5	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	5	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	5	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	5	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada
6	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	6	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	6	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	6	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada
7	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	7	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	7	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	7	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada
8	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	8	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	8	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada	8	<input type="checkbox"/> est. parte. <input type="checkbox"/> est. proc. aux. <input type="checkbox"/> ap. habilitação. <input type="checkbox"/> ap. parte. <input type="checkbox"/> ap. proc.	<input type="checkbox"/> habilitação sem alteração <input type="checkbox"/> alguma alteração <input type="checkbox"/> não realizada

O observador deve assinar e carimbar o formulário de observação, bem como o nome e o cargo do profissional responsável pela observação.

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

2. Formulário de Cálculo Básico



FORMULÁRIO DE CÁLCULO BÁSICO

País	Cidade	Hospital	Identificação do Local
------	--------	----------	------------------------

Data (dia.mês.ano)	Nº. da Ficha de	Do partamento
		Serviço
		Unidade

Número da sessão	Categorias profissionais (as colunas podem ser adicionadas de acordo com o número de categorias profissionais observadas)								Total da sessão	
	Cat. Prof. Código		Cat. Prof. Código		Cat. Prof. Código		Cat. Prof. Código			
	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
Total por Categorias										
Ação										

$$Ação (%) = \frac{Ação}{Oportunidade} \times 100$$

Instruções de uso

1. Verificar se os dados coletados no formulário de observação. Calcular as somas das oportunidades e ações, de acordo com as categorias profissionais de cada sessão de observação, e copiar os resultados nas linhas correspondentes ao número da sessão.
2. Calcular a soma das oportunidades e a soma das ações ao longo das linhas para obter a soma total de cada sessão.
3. Calcular a soma das oportunidades e as ações de todas as sessões e a ação geral utilizando a equação acima.
4. Calcular as somas das oportunidades e ações de todas as categorias profissionais e calcular a ação por categoria aplicando a equação. Preencher os resultados na linha "Ação" e na coluna de "Total por categorias".